**STATE OF RHODE ISLAND** **AND PROVIDENCE PLANTATIONS**

Tribunal de Família
Garrahy Judicial Complex

One Dorrance Plaza
Providence Rhode Island 02903

*Haigarush R. Bedrasian*
*Juiz* Titular

*Ronald J. Pagliarini*
Chefe do Gabinete

**AUTORIZAÇÃO para LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES**

Processo Nº.: _____

Data: _____

CLIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO:_____

ENDEREÇO DO CLIENTE: _____

Eu autorizo através da presente:

NOME: _____

ENDEREÇO: _____
_____

Método de liberação: _____ Telefone/Oral _____Material Impresso
_____ Ambos

Marcar as informações corretas *para* serem liberadas.

_____Avaliações Psicológicas _____Observações sobre Andamento _____Histórico Social
_____Avaliações Psiquiátricas _____Programa de Abuso de Substâncias
_____Relatórios de Laboratórios _____Plano de Tratamento _____Históricos Escolares
_____Exames Médicos _____Resumo de Alta
_____Outros _____

Esta autorização cobre o período: _____

Esta reconfirmação é necessária para a(s) seguinte(s) finalidade(s): _____
_____

Eu compreendo que os meus registros são protegidos de acordo com o Regulamento de Confidencialidade Federal (42CFR. Parte 2. Confidencialidade de Tratamentos contra o Abuso de Álcool e Drogas se pertinente) e de acordo com a Legislação Geral de Rhode Island e não podem ser revelados sem nenhuma autorização escrita com exceção de outras formas especificamente determinadas pela lei e regulamentos. As informações liberadas com esta autorização não poderão ser passadas, vendidas, transferidas ou de outra maneira transmitidas a nenhuma outra pessoa que não estiver especificada acima. Eu compreendo que eu poderei retirar esta autorização a qualquer momento efetuando uma notificação por escrito para a parte acima.

_____ _____
Assinatura do Cliente, dos Pais ou do Representante Autorizado

Testemunha